

<https://helda.helsinki.fi>

Miten uuteen lääkärisopimukseen päädyttiin?

Pekkarinen, Pirkka

2020

Pekkarinen , P 2020 , ' Miten uuteen lääkärisopimukseen päädyttiin? ' , Finnanest. ,
Vuosikerta. 53 , Nro 4 , Sivut 328-330 . <
http://www.finnanest.fi/files/pekkarinen_miten_uuteen.pdf >

<http://hdl.handle.net/10138/325725>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Pirkka Pekkarinen
LKT, erikoislääkäri
HYKS ATeK, tehohoidon linja
Lääkäriliiton hallituksen jäsen

Miten uuteen lääkärisopimukseen päädyttiin?

Lääkärisopimuksessa sovittiin keväällä kahdesta todella suuresta asiasta. Uusi työaikalaki oli tullut voimaan 1.1.2020, ja sen vuorokausilepoon ja enimmäistyöaikaan liittyvät pykälät täytyi sovittaa lääkärisopimukseen. Toinen suuri muutos oli säännöllisen työajan sijoittelua koskevat kirjaukset, jotka tulivat sopimukseen täysin uutena asiana. Tässä kirjoituksessa käyn läpi sopimuksen sisältöön vaikuttaneita seikkoja, ja pohdin sopimuksen heikkouksia ja vahvuuksia sekä paikallisen soveltamisen mahdollisuuksia.

EU:n työaikadirektiivi määrää, että työaika on keskimäärin korkeintaan 48 tuntia/viikko. Lisäksi kaikki työpaikalla oloaika on työaika, myös päivystyksen ei-aktiivinen aika. Työajan käsitteestä ei voi enää sopia toisin edes valtakunnallisella työehtosopimuksella, mutta ei-aktiivisesta ajasta voidaan kirjata ns. opt-out mahdollisuus (kts. jäljempänä). Myös vaatimus 11 tunnin vuorokausilevosta jokaisen työvuoron alkua seuraavan 24 tunnin aikana on peräisin EU-direktiivistä. Poikkeuksista vuorokausilevon antamisessa voidaan sopia työehtosopimuksessa, mutta ei sen korvattavuudesta. Direktiivin lähtökohtana on työsuojelu. Vuoden 2020 alusta voimaan tullut työaikalaki sovittaa EU:n työaikadirektiivin määräykset Suomen oloihin.

Vuorokausilepo

Työaikalaisia määrätään direktiivin mukaisesti, että työvuoron alkamista seuraavan 24 tunnin aikana on annettava vähintään 11 tunnin keskeytymätön lepoaika. Toisin sanoen työrupeama voi kestää korkeintaan 13 tuntia. Tästä on mahdollisuus sopia toisin valtakunnallisessa työehtosopimuksessa. Lääkärisopimuksessa tähän pääsääntöön on kirjattu kaksi poikkeusta

palvelujärjestelmän tarpeiden perusteella: ensiksi, jos päivystystyörupeamaan sisältyy 3 tunnin keskeytyksetön lepo ajalla klo 23–08, voi työrupeama olla pidempi, esimerkiksi 17 tai 24 tuntia. Kyseinen 3 tunnin lepo saa kuitenkin katketa, jos potilasturvallisuus sitä välttämättä vaatii. Toiseksi yhteispäivystyksessä ja jaetussa työpaikkapäivystyksessä voi työskennellä enintään klo 23 asti, ja silti mennä seuraavana aamuna normaalisti töihin. Molemmissa tapauksissa menetetty vuorokausilepo tulee korvata niin pian kuin mahdollista ja viimeistään 14 vuorokauden kuluessa.

Vapaamuotoisen päivystyksen aktiivisuusastetta ei ole aiemmin säädelty. Lääkärisopimukseen tuli uutena asiana vaatimus siitä että jos vapaamuotoisen päivystyspisteen aktiivisuustaso keskimäärin ylittää 50 %, tulee se muuttaa aktiivipäivystyspisteeksi. Yksittäisten päivystysvuorojen aktiivisuusasteen ennakointi on vaikeaa, mutta Lääkärisopimuksen työsuojellisuuden hengen ja Lääkäriliiton päivystyssuosituksen kirjausten mukaisesti poikkeuksellisen kiireisen vapaamuotoisen päivystysvuoron jälkeisenä päivänä lääkäri pitäisi vapauttaa potilastyöstä (1).

Enimmäistyöaika

Viikko- ja vuosityöajan rajoitusten suhteen vanhat ylityökatot poistuivat ja niiden tilalle tuli

työaikalakiin työajan enimmäismäärä, joka on keskimäärin 48 tuntia viikossa 4 kuukauden ajanjakson aikana. Tasoittumisajanjaksosta on mahdollista sopia toisin työehtosopimuksella ja lääkärisopimuksessa sen pituudeksi on sovittu 12 kuukautta.

Vuoden enimmäistyöaika on työaikalaisissa EU-direktiivin mukaisesti 48 viikkoa x 48 tuntia eikä tätä voi ylittää. Enimmäistyöaika perustuu kalenterivuoden 52 viikkoon, joista on vähennetty EU-tason oletus vuosilomasta (4 viikkoa). Sairausloma vähentää tätä kattoa. Lääkärisopimukseen päädyttiin kirjaamaan mahdollisuus enimmäistyöaikaan liittyvästä opt-out -menettelystä: työntekijän suostumuksella voidaan työntekijäkohtaisesti sopia, että sairaalan päivystyksessä tehdyn työn ei-aktiiviset tunnit voivat ylittää enimmäistyöajan (kyseeseen tulevat ei-aktiiviset tunnit aktiivipäivystyksessä ja poikkeavassa työpaikkapäivystyksessä; vapaamuotoisessa päivystyksessä työaika ovat muutenkin vain aktiiviset tunnit).

Säännöllisen työajan sijoittelu

Lääkärisopimuksessa ei ole aiemmin ollut minikäänlaista kirjausta siitä, mihin vuorokauden-aikoihin säännöllistä työaika voidaan sijoittaa. Yhteiskunnallinen paine terveydenhuollon kiireettömien palvelujen tarjoamiseen myös virkaajan ulkopuolella on kasvanut ja esimerkiksi Suomen voimassaolevaan hallitusohjelmaan on kirjattu, että julkisen terveydenhuollon ilta- ja viikonloppuvastaanottoja tulee lisätä (2). Neuvotteluihin lähtiessä oli selvää, että jos asiasta ei sovita tällä kierroksella jotain, niin työnantaja-puolella on kiusaus tulkita asiaa niin, että säännöllistä työaika voidaan sijoittaa rajoituksetta.

Lähtökohdat neuvotteluihin työaikalain soveltamisesta lääkärisopimuksessa

Neuvotteluihin lähdetessä tiedossa oli lainsäätäjän kanta siitä, että työsuojelluista syistä yksittäisen työrupeaman enimmäispituus pitäisi olla 13 tuntia. Lääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen (3) perusteella päivystystyötä tekevien jäsenten mielestä sopiva aktiivipäivystyksen työrupeaman pituus raskaassa päivystyspisteessä oli 12 tuntia (vaihtoehtoja 8, 12, 17 tai 24 tuntia). Kyseisessä tutkimuksessa suureksi tai erittäin suureksi ongelmaksi koettiin 24 tunnin yhtäjaksoinen työrupeama (67 % vastaajista), mutta

myös päivystysmäärä > 4 kertaa/kk (75 % vastaajista). Tutkimuksessa ei kysytty, pitääkö päivystyspisteiden olla raskaita, mutta 62 % vastaajista koki päivystystyön intensiteetin suureksi tai erittäin suureksi ongelmaksi.

Edellä olevat lähtökohdat heijastuvat sopimuksen kirjauksiin. Työrupeaman enimmäispituus raskaassa päivystyspisteessä on työaikalain mukainen 13 tuntia. Jos päivystystyön intensiteetti on matalampi (eli yöllä klo 23–08 välillä toteutuu tai työjärjestelyillä saadaan toteutumaan 3 tunnin lepo), niin työrupeama voi olla pidempi.

Päivystysvuorojen lyhentäminen johtaa niiden lukumäärän kasvamiseen, minkä siis valtaosa lääkäreistä kokee ongelmallisena. Jos vuorot jaetaan kahtia, niin päivystyskertojen määrä per päivystäjä lisääntyy, ellei lääkäriresurssi kaksinkertaistu. Jotta työsidonnaisuus ei tätä kautta nousisi kohtuuttomaksi, otettiin sopimukseen uutena asiana sitova yläraja kuukauden aktiivipäivystyksille 5/kk, joka voidaan ylittää vain työntekijän suostumuksella.

Mahdollisuudet lääkärisopimuksen paikalliselle soveltamiselle

Lääkärisopimuksen vuorokausilepoa ja työaika koskevien muutosten lähtökohtana on työsuojelu. Työn kuormittavuus on subjektiivinen asia. Yksikön työskentelyn ja päivystyksen järjestämistavalla on suuri merkitys. Ensiarvoisen tärkeää on löytää yksikkökohtaisesti järkevät ratkaisut yhteistyössä työnantajan ja työntekijöiden kesken. Jos aitoa keskusteluyhteyttä ei ole, saatetaan päätyä tekemään karhunpalvelus työsuojelulle; muutokset ovat aina kuormittavia ja päivystys itsessään on kuormittava asia. (3).

Mietittäessä päivystyksen järjestämistä runsaan päivystyskuormituksen erikoisalalla, kuten anestesia ja tehohoito, sopimuksen työsuojellusta henkeä voi toteuttaa lähinnä seuraavilla tavoilla. Ensiksi: päivystystyön sisältöä voidaan muokata siten, että kuormitus kevenee ja 3 tunnin lepo toteutuu (tehdään yöllä vain niitä asioita, joita oikeasti on pakko tehdä). Tämä ratkaisu olisi lähes kustannusneutraali ja linjassa päivystyssuosituksen kanssa (1). Toiseksi: rinnakkaisia päivystäjiä voidaan lisätä, jolloin yksittäisen päivystäjän kuormitus kevenee ja 3 h lepo toteutuu (sydänyön lepotunnit voidaan ”jakaa”). Tämä ratkaisu synnyttää kustannuksia ja päivän lääkäriavaruudesta



Kuva 1. Päivystäjän paras ystävä. Kuva Hannaleena Karjalainen 2020.

Kaikki työpaikalla oloaika on työaika.

>>

Työaika on keskimäärin korkeintaan 48 tuntia viikossa.

on enemmän väkeä pois, eli syntyy lisävakanssien tarve, ja näihin vakansseihin täytyy löytää myös todelliset henkilöt. Kolmanneksi: vakansseja voidaan lisätä merkittävästi ja pätkiä päivystysvuorot korkeintaan 13 tunnin jaksoihin, jolloin kuormitus kevenee vuoron lyhentymisen kautta mutta työsidonnaisuus ei kasva. Tässä ratkaisumallissa saatetaan tarvita jopa lääkärimäärän kaksinkertaistaminen, mikä ei liene realismia kovinkaan monessa paikassa. Tämä johtaisi myös yksittäisen lääkärin ansiotason laskuun ja merkittävään työn uudelleen organisoinnin tarpeeseen.

Kahden ensimmäisen vaihtoehdon yhteydessä päivystystyörupeama voi olla yli 13 tuntia, mutta sen ei tarvitse olla 24 tuntia. Luonteva päivystystyörupeaman pituus voisi olla sellainen, että se kattaa arkena koko päivystysajan ilman väliraportteja, eli 17–18 tuntia. Tarkasteltaessa 3 tunnin levon toteutumista on huomioitava, että lepo voi toteutua klo 23–08 välillä muulloinkin kuin ennalta suunniteltuna ajankohtana ja sopimukseen ei ole kirjattu prosenttimääriä siitä, kuinka usein lepoaika voi potilasturvallisuuden välttämättä vaatiessa jäädä poikkeuksellisesti toteutumatta. Selvää on, että levon toteutumisen pitää olla pääsääntö. Yhteisymmärryksessä työnantajan ja työtekijöiden välillä voidaan miettiä toimet, joilla levon toteutumista voidaan edistää ja seurata.

Jos yksikön resurssitilanne on sellainen, että työtekijöitä joudutaan pyytämään päivystämään yli 5 kertaa kuukaudessa, pitäisi joustavuudesta maksaa rahallinen korvaus, ns. frekvenssilisä. Tällainen lisä tulisi neuvotella paikallisesti ja sitä on maksettava kaikista yli viiden menevistä aktiivipäivystyskerroista. Lääkärisopimus ei tunne päivystyskerran määritelmässä sen pituudelle alarajaa, eikä sellaista tule sisällyttää frekvenssilisästä neuvoteltaviin paikallisiin sopimuksiin.

Säännöllisen työajan levittäminen ei lisää lääkäriresurssia vaan siirtää sen ajallista kohdennusta. Jonojen purku edellyttää edelleen lisätöiden tekemistä. Iltaan sijoitetulla säännöllisellä työajalla ei myöskään voi teettää päivystystyötä.

Lääkärisopimuksen hyvät ja huonot puolet

Hyvää uudessa lääkärisopimuksessa on sen työsuojelullinen henki. Lisäksi neuvottelukierroksella sovittavat kaksi suurta asiaa – muuttunut työaikalaki ja säännöllisen työajan sijoittelu – on saatu kohtuullisesti sovitettua sopimukseen huolimatta vaikeasta neuvottelutilanteesta pan-

demiatilanteen tehdessä työtaistelutoimet käytännössä mahdottomiksi.

Ongelmallista on se, että kaikkia lääkäreitä koskevan sopimuksen kirjaukset eivät voi huomioida yksityiskohtaisesti eri työnkuvien erityispiirteitä. Paljon päivystävien anestesia- ja tehohoitolääkäreiden kannalta hyppäys päivystystyörupeaman pituudessa 24 tunnista 13 tuntiin on jyrkkä. Tahtoa työn järjestämiseen siten, että 3 tunnin yöllinen lepotauko toteutuisi vaikuttaa olevan vähemmän kuin mitä neuvottelujen aikana oletettiin. Sellainen välimuoto, jossa kiireisissäkin päivystyspisteissä voitaisiin päivystää iltapäivän raportista seuraavaan aamuun (klo 15–09), voisi olla joidenkin yksiköiden toiminnan kannalta perusteltu (1,4). Silloin riittävä palautuminen pidemmästä vuorosta pitäisi varmistaa muilla keinoin. Tällaisen vaihtoehdon sisällyttämistä sopimuskaudella pilotoitavaan erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen toiminnan malliin tulee harkita.

Päivystystyön mullistuksen lisäksi ehkä suurin heikkous lääkärisopimuksessa on säännöllisen työajan sijoittelun mahdollisuus ilman lisäkorvausta klo 17 asti. Rajan pitäisi olla klo 16, jottei esimerkiksi päivystyksen jälkeisestä vapaasta syntyvää säännöllisen työajan laskennallista vajetta paikattaisi toiminnan kannalta epätarkoituksenmukaisesti klo 16–17 välillä – ajankohta, jolla on työsidonnaisuuden kannalta suuri merkitys ja johon sisältyy esimerkiksi päiväkotien tyypillinen sulkeutumisaika.

Lääkärisopimuksen yksityiskohtia avataan lääkäriiliiton sivuilla kysymys-vastausparien kautta (5). ■

Viitteet

1. Lääkäriiliiton päivystysuusiutus 2015
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5239/p_ivystysuusiutus_150512.pdf
2. Marinin hallituksen hallitusohjelma
<https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>
3. Lääkäriiliiton työmarkkinatutkimus 2017
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/tyomarkkinatutkimus_2017_paivystykseen_osallistuminen_ja_paivystysta_koskevat_mielipiteet.pdf
4. Nuorten lääkärin yhdistyksen päivystysuusiutus 2013
https://mk0nlyfi9fmxge9xj7r.kinstacdn.com/wp-content/uploads/2019/06/nly_paivystysuusiutus.pdf
5. Suomen lääkäriliitto: usein kysyttyä lääkärisopimuksesta
<https://www.laakariliitto.fi/laakarisorimus/usein-kysyttya-laakarisorimuksesta/>